FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919

THÈSE

N° 110

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre DUMET

Né le 16 Février 1889 à Paris.
Externe des Hôpitaux.

LES NÉPHROSYPHILOSES DE LA PÉRIODE PRIMAIRE

Travail du Service de M. le Dr HUDELO, à l'Hôpital Saint-Louis.

Président : M. JEANSELME, *Professeur.*

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
Louis ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1919

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR M. POUCHET

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BESANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N.
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBE (Henri)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBOULLET	RICHAUD	
GUILLAIN	LERI	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON ÉPOUSE

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse. Je le prie de trouver ici l'expression de toute ma gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. OBISSIER

Qui m'a guidé vers la carrière médicale. Conseiller précieux fait de clairvoyance et de bonté, auquel m'attache un lien de vive reconnaissance et d'affection.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur JEANSELME

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX.

MM. le Professeur agrégé RÉNON.
le Docteur PICQUÉ (*in memoriam*).
le Professeur ACHARD.
le Docteur DEMOULIN (*in memoriam*).
le Professeur GOSSET.
le Professeur agrégé DESMAREST.
le Docteur TRIBOULET.
le Professeur agrégé MARCEL LABBÉ.
le Docteur FUNCK-BRENTANO.

MM. les Docteurs : L. RAMOND,
LOUSTE,
RIVET,
BRAUN.

Au Docteur H. MONTLAUR.

A MES AMIS.

HISTORIQUE

L'existence des déterminations de la syphilis sur les reins fut méconnue jusqu'au milieu du siècle dernier; à cette époque, Rayer, le premier, attribua à la cachexie vénérienne le développement de certains accidents rénaux qui jusque là étaient mis sur le compte du mercure (Blackall, Grégory, Wels).

L'opinion de Rayer fut corroborée par les travaux de Lancereaux, Cornil, Charcot, Finger, etc., qui mirent en lumière les lésions viscérales de la syphilis en ne faisant cependant allusion qu'aux néphropathies tertiaires.

Jaccoud publie en 1864 les deux premiers cas connus de syphilis rénale à la période secondaire.

Perroud, en 1867, observe deux cas d'albuminurie syphilitique précoce.

Mauriac, deux ans plus tard, observe un cas semblable.

Descouts, en 1878, rapporte une observation d'albuminurie apparue cinquante-trois jours après le chancre.

Mais, en réalité, c'est au médecin anglais Drysdale, que revient le mérite d'avoir nettement distingué en 1879, les néphrites syphilitiques secondaires précoces, des néphrites tardives.

De 1879 à 1890, plusieurs auteurs signalent des cas nouveaux (Bouchard, Mauriac, Négel).

Mais à cette époque encore, et sous l'impulsion de l'École allemande avec Furbringer Weländer et Güntz, les accusateurs du mercure ne voient dans les accidents rénaux apparus au cours de la première année de la syphilis qu'une conséquence du traitement mercuriel intensif et Güntz s'élève même contre ce mode de traitement.

Frerichs (1871) ne croyait pas à l'action directe de la syphilis sur le rein, pour lui la néphropathie n'est qu'une conséquence médiate et avancée de la syphilis qui ne révélerait son apparition que par l'état de cachexie.

Enfin, avec Roberts, d'autres auteurs en arrivent à nier l'existence de la néphrite syphilitique, « il semble douteux que la syphilis puisse produire un mal de Bright aigu ».

Par la suite, les observations cliniques de néphrosyphilose précoce se multiplient et ne laissent plus aucun doute sur l'authenticité de cette affection, grâce aux publications de Jaccoud, Etienne, Lecorché et Talamon, Darier et Hudelo, Gastou, Delore.

La question est mise au point dans les thèses de Prendergast (1892), Pannetier (1893), Faulquier (1896), Le Theille (1898), Roustan (1901).

*
* *

Aujourd'hui, l'action précoce de la syphilis sur le rein est bien connue tant par ses manifestations cliniques que par les constatations anatomo-pathologiques.

Mais on ne distingue pas particulièrement les néphro-syphiloses de la période primaire de celles qui apparaissent au début ou dans le cours de la période secondaire.

En fait, depuis plusieurs années, ces albuminuries préroséoliques ont attiré l'attention au même titre que toutes les autres manifestations tréponémiques qui précèdent l'apparition des accidents secondaires.

De l'étude minutieuse de celles-ci est née une conception nouvelle de la septicémie syphilitique, entraînant des conséquences pratiques en vue de l'établissement et de la conduite du traitement.

ETIOLOGIE

Malgré l'extrême précocité de la diffusion du tréponème dans la circulation sanguine (Neisser y a reconnu le parasite à partir du quatorzième jour de la première incubation), l'action nocive de celui-ci sur les viscères n'est décelée que lorsque les lésions bien établies se révèlent à nos moyens actuels d'investigation.

Autrement dit, s'il est facile de dépister l'atteinte très fréquente et très précoce des méninges par l'examen du liquide céphalo-rachidien, il est plus délicat d'apprécier la participation à la septicémie d'un viscère aux fonctions physiologiques complexes, qui peuvent n'être au début que faiblement altérées.

Quoi qu'il en soit, la recherche de l'albumine dans les urines, constitue le premier temps d'une recherche plus approfondie sur les troubles de la fonction rénale.

Tablant sur la fréquence de cette albuminurie nous pouvons en inférer que la détermination de la syphilis sur le rein est rare et que plus la néphrosyphilose a une incubation courte, plus elle est rare.

Mauriac les considérait comme beaucoup moins

fréquentes que les encéphalopathies et les déterminations osseuses les plus précoces.

On ne peut pour expliquer la rareté de cette affection invoquer la dissimulation des lésions par l'absence des signes fonctionnels, car l'examen des urines a été pratiqué, systématiquement, chez près de 500 malades porteurs de chancres syphilitiques qui se sont présentés à la policlinique du Dr Hudelo à Saint-Louis, de Mars à Octobre 1919. Deux d'entre eux ont retenu notre attention et présentaient des urines albumineuses sans qu'il soit possible de faire intervenir une cause étiologique différente de la syphilis.

Les statistiques antérieures répondent approximativement à ces proportions.

Le Theile n'a pas rencontré de néphrosyphilose avant le cinquantième jour du chancre.

Mauriac, sur 23 cas d'albuminurie spécifique, trouve un seul cas apparu à la quatrième semaine, concomitamment aux accidents secondaires.

Karnoven, dans son Mémoire sur la syphilis rénale rapporte sur l'albuminurie latente les statistiques de Schwemmer, de Weländer qui mettent en lumière la rareté de cette albuminurie.

D'ailleurs, aucun des ouvrages parus sur cette question ne différencie nettement les néphrosyphiloses primaires de celles qui surviennent plus tardivement. Le petit nombre de cas publiés sur cette affection témoigne de sa rareté.

Le passé du malade a sur la localisation de ces néphrites une importance qu'on ne peut nier ; c'est ainsi

qu'il est presque toujours possible de relever une « dominante étiologique » avec la scarlatine, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, la pneumonie, toutes causes constitutives de débilité rénale.

L'alcoolisme, le surmenage et souvent un coup de froid, ainsi que l'a bien montré Rénon peuvent favoriser l'agression de la syphilis sur le rein.

PATHOGÉNIE

La conception classique de la syphilis distingue au début de cette affection deux stades évolutifs nettement délimités :

La période d'incubation et la période primaire ou période de chancre.

De nombreux travaux récents viennent apporter des modifications importantes à cette conception.

Danysz en considérant la période d'état des maladies infectieuses comme caractérisée par la présence des anticorps en excès dans le sang, formule une opinion dont la notion a été appliquée à la division des périodes dans l'évolution de la syphilis par Jambon et Tzanck.

Si on s'en tient à la conception classique, le chancre est bien le premier symptôme net de la période d'état, mais il n'en est pas de même si on considère les choses au point de vue de la pathologie générale.

En premier lieu, lorsqu'un chancre devient cliniquement appréciable, il y a longtemps qu'il est constitué, l'apparition clinique n'étant que la manifestation grossière de processus histologiques dont le début remonte

au jour de l'incubation; il en résulte que la période d'incubation et la période dite de chancre se confondent.

D'autre part, la période primaire s'étendant du début du chancre (date imprécise) à l'apparition de la roséole, n'est pas une période homogène; si on suit les réactions de l'organisme pendant l'évolution du chancre, on assiste vers la seconde moitié de cette période, à l'éclosion de toute une série de manifestations humorales aussi fréquentes que dans la période secondaire; leur apparition constitue un fait nouveau qui n'est contemporain ni du chancre, ni de la roséole.

On peut donc concevoir à la période dite primaire, deux phases :

La première appartient à la période d'incubation.

La seconde rentre dans le cadre de la période d'état.

En pratique, on peut considérer la limite des deux périodes aux environs du 20e jour après l'apparition du chancre, c'est-à-dire 40 jours après l'inoculation.

La première est caractérisée par l'absence de tout signe de généralisation; la seconde qui englobe la période secondaire des classiques et un peu de la période primaire est marquée par l'apparition de réactions humorales et les signes classiques de la septicémie syphilitique.

« Je ne pense pas, disait Mauriac que la viscéropathie la plus précoce puisse commencer moins d'un mois ou d'un mois et demi après le début de l'accident primitif. Il faut que la deuxième incubation, celle de la syphilis généralisée soit accomplie ».

En réalité, nombreuses sont les observations qui infir-

ment cette opinion ou tout au moins réduisent d'une façon appréciable la durée nécessaire à l'éclosion des premiers signes de la généralisation.

En 1912, à l'occasion de la relation de trois cas de néphrite syphilitique très précoce, le Dr Audry émettait l'opinion que les phénomènes de généralisation viscérale sont plus précoces qu'on ne le croit communément et que l'exanthème roséolique ne peut plus être considéré comme la première manifestation appréciable de l'infection syphilitique généralisée.

La peau des syphilitiques peut présenter des rashes pré-roséoliques, altérations spontanées ou provoquées par l'action du mercure ainsi que l'ont bien montré Bassereau, Küss, Kremer.

Les adénites sont ordinairement contemporaines des premiers exanthèmes; toutefois quelques observations tendent à prouver qu'elles peuvent les devancer (Paris).

O' Bull, Lang, Schnabel, Schenck ont observé des signes *d'irritation de la rétine* caractérisés par une congestion de cette membrane et apparaissant plusieurs jours avant la roséole.

Le *système osseux* peut participer aussi à ces manifestations précoces. Fournier rapporte une observation de périostite spécifique du frontal et des tibias apparue chez une femme quatre semaines après le chancre; une observation à peu près semblable est due à Mauriac.

On a signalé plusieurs cas *d'ictère bénin* secondaire (Calvert) apparus entre le chancre et la roséole, et peut-être serait-il possible de surprendre la meio-

pragie hépatique par les épreuves courantes (glycosurie provoquée, etc.) dès l'établissement de la septicémie syphilitique, avant l'apparition de la roséole?

Milian a signalé dans 2 observations *l'insomnie* précoce, survenant quelques jours après le chancre et qui n'est pas d'ordre psychique.

La *paralysie faciale* par névrite syphilitique peut aussi exister avant la roséole.

Les organes hématopoïétiques sont aussi le siège de phénomènes précoces importants, témoignant de l'action du tréponème au delà de son foyer initial.

La *rate* pour de Beurmann serait déjà hypertrophiée moins de 10 jours après le début du chancre.

12 à 20 jours avant l'exanthème, *le sang* est le siège de manifestations constantes, qui consistent en lymphocytose, en hypoglobulie et oligochromie, modifications qui s'accentuent lorsque apparaît la roséole, en constituant une anémie intense.

La recherche de la *réaction de Bordet-Wassermann* dans le sang des porteurs de chancre a donné lieu à des travaux intéressants. Récemment, Clément Simon et P. Gastinel ont montré qu'en moyenne la R. B.-W., était négative quand le chancre était âgé de moins de 14 jours et positive quand le chancre dépassait 25 jours; entre ces deux dates, existe une phase critique pendant laquelle les signes de la réaction sont variables. Exceptionnellement, on a rapporté la positivité de la R. B.-W., les 6e, 7e, 8e ou 9e jours ou seulement aux 41e, 47e jours.

Ravaut le premier a attiré l'attention sur les modifications très précoces *du liquide céphalo-rachidien.*

Après lui, Roques, Audry, Lavau, Dujardin, Nicolau, etc.), ont constaté une lymphocytose rachidienne plus ou moins accusée et qui est apparue 15 jours après le chancre dans le cas le plus précoce signalé par Nicolau. Sur 51 malades examinés par cet auteur, 18 présentaient cette lymphocytose et parmi ces derniers, 11 avaient de l'inégalité pupillaire sans signes d'Argyll-Robertson. Dans une publication récente, Nicolau a montré que la lymphocytose et l'inégalité pupillaire peuvent exister indépendamment l'une de l'autre.

A un stade plus avancé, les symptômes cliniques d'une méningite pré-roséolique peuvent apparaître ainsi que Audry en a publié une observation.

Les *arthralgies*, *la céphalée*, *les poussées fébriles* précèdent souvent l'apparition de l'exanthème, et à cette période, Queyrat a récemment attiré l'attention sur la grande fréquence de *l'hypotension artérielle* associée à la *raie blanche de Sergent* qui traduit un degré plus ou moins marqué d'insuffisance surrénale.

Enfin les *reins* n'échappent pas à la septicémie tréponémique, et l'albumine qu'on peut rapporter à l'établissement d'une néphrosyphilose précoce apparaît dans tous les cas publiés sur ces affections précisément à l'époque où d'autres manifestations du même ordre peuvent être retrouvées sur d'autres organes :

C'est ainsi que :

DANS L'OBSERVATION DE :	L'ALBUMINE APPARAÎT :
Baudouin	21 jours après chancre.
Bonnamour	15 — —
DUMET	2

DANS L'OBSERVATION DE :	L'ALBUMINE APPARAÎT :
Muhlig.....	14 jours après chancre.
Wagner.....	30 — —
Talamon-Lecorché.	15 — —
Audry.....	3 semaines après chancre. 25 jours — — 3 semaines — —
Theodoresco.....	5 — — —
Vandenabeele.....	15 jours avant roséole.
Gaucher.....	15 — après chancre.
Courmont et Cade.	15 — avant roséole.

Mais comment l'infection syphilitique travaille-t-elle à la production de cette albuminurie?

On peut actuellement penser que le tréponème procède par petits foyers disséminés sur le rein où il est arrêté et fixé au moment de la généralisation de l'infection; Levaditi a constaté sa présence sur les reins d'hérédo-syphilitiques au niveau des glomérules et des tubes contournés au contact des cellules rénales. Les poisons solubles agissent à distance pour produire la cytolyse protoplasmique, les lésions endothéliales tendant à la constitution de la néphrite glomérulaire.

Pourquoi la syphilis, affection extrêmement répandue, épargne-t-elle les reins de la grande majorité des sujets qui en sont atteints? Le rein offre une résistance indéniable que ne présentent pas d'autres organes, le foie en particulier.

On ne peut mettre en cause l'intensité de l'infection, car comment juger du degré de malignité de la maladie par les caractères du chancre?

Il est logique de penser que le filtre rénal est surpris par l'infection spécifique dans un état d'infériorité de « locus minoris resistentiæ » que celui-ci soit acquis par suite des différentes circonstances pathologiques qui auront antérieurement altéré le rein, soit constitutionnel par débilité rénale héréditaire mise en évidence par Castaigne et Rathery.

Inversement d'ailleurs, la syphilis ne semble pas jouer toujours et nécessairement le rôle de cause efficiente, elle peut ainsi que le montre Rénon, fragiliser le rein, intervenir à titre de simple cause prédisposante rendant l'organe apte à être lésé par des causes minimes et normalement sans effet.

FORMES CLINIQUES

On peut être amené à constater la présence de l'albumine dans les urines d'un syphilitique à la période primaire dans deux conditions :

Soit que les symptômes cliniques d'une néphrite aiguë ou subaiguë amènent naturellement à l'exploration des urines.

Soit au contraire que l'examen des urines (qui doit toujours précéder l'institution du traitement d'attaque) n'en révèle la présence chez un sujet n'accusant ou ne présentant aucun trouble rénal.

Albuminurie simple (Gaucher). Forme bénigne précoce (Castaigne). Albuminurie latente.

C'est la première et la plus légère manifestation rénale de la syphilis.

Elle ne se traduit par aucun trouble fonctionnel, ou troubles tellement légers qu'ils passent inaperçus. C'est une légère bouffissure de la face, ou un léger œdème

des paupières au réveil, quelquefois un peu d'œdème malléolaire.

Seule la constatation de l'albumine urinaire, véritable surprise d'examen, en révèle l'existence.

Elle peut être contemporaine des premiers signes de la diffusion du tréponème dans l'organisme, donc apparaître bien avant les accidents secondaires. C'est à elle que fait allusion Finger dans son *Traité* : «Au début de la syphilis, il peut apparaître une albuminurie passagère qui atteint son plus haut degré au moment de l'apparition ou de la disparition de la roséole ».

L'observation personnelle n° 1 que nous rapportons, semble se rattacher à cette forme.

L'albuminurie est légère : 0 gr. 20, 0 gr. 30, 0 gr. 50, dans la totalité des urines quotidiennes et non influencée par le repos.

L'albumine est constituée par de la sérine et de la globuline; dans un cas de Kernoven, il y avait de la nucléo-albumine.

Les urines ne sont modifiées ni dans leur couleur, ni dans leur densité.

L'excrétion de l'urée, les rapports azoturiques sont normaux.

L'élimination du bleu de méthylène est à peu près normale.

L'examen microscopique de l'urine ne décèle pas la présence de cylindre granuleux.

En résumé, cette forme traduit une détermination très fruste, très bénigne de la syphilis sur le rein; à elle est rattachée l'albuminurie de la fièvre syphilitique

comparable, suivant Dieulafoy, à celle qui peut exister dès le début d'autres maladies infectieuses : grippe, scarlatine, typhoïde, pneumonie, etc.

Dans la règle, sa durée n'excède pas un mois; elle peut disparaître avec le simple régime lacté sans le traitement spécifique; mais grâce à lui, son évolution est abrégée.

Elle peut parfois récidiver sous une forme grave et constituer le point d'appel d'une néphrite aiguë à la période secondaire.

Néphrite aiguë ou subaiguë pré-roséolique.

Dans cette forme, les symptômes d'une néphrite attirent immédiatement l'attention.

Les malades viennent consulter pour la bouffissure du visage ou l'œdème des jambes, ignorant parfois l'existence de leur syphilis qui est dépistée soit parce que la grande quantité d'albumine urinaire oriente les recherches dans ce sens; soit par l'apparition de la roséole qui, en pleine période d'acuité de la néphrite, vient éclairer la pathogénie.

L'établissement de la néphrite est précédée par quelques troubles subjectifs.

La malade de Talamon se plaignait de faiblesse, de malaise général, d'inappétence, de céphalée violente, continue, l'empêchant de dormir, ainsi que de douleurs lombaires très vives.

Un état nauséeux avec diarrhée précéda de quelques heures l'apparition des premiers œdèmes.

La malade de Vandenabeele s'aperçoit, au milieu d'une bonne santé apparente, de l'existence d'un léger œdème autour des malléoles plus marqué le soir durant 1 ou 2 jours et suivi très peu de temps après d'une poussée œdémateuse généralisée.

Chez d'autres malades enfin, l'œdème, première manifestation de la néphrite, apparaît insidieusement, sans douleur, et est remarqué soit à la face, soit autour des malléoles.

L'infiltration au bout de quelques jours est plus ou moins accusée; elle peut prédominer à la face qui est bouffie, élargie; les paupières supérieures sont tuméfiées, les conjonctives injectées et brillantes.

L'œdème peut se généraliser, constituer l'anasarque envahissant la plèvre, le péritoine, le larynx.

C'est un œdème blanc, mou, presque indolore, laissant l'empreinte du doigt.

A cette période, des symptômes de petite urémie peuvent se montrer, mais ils ne sont jamais prédominants et typiques.

Inconstamment, il peut y avoir des troubles gastro-intestinaux, surtout de la diarrhée, de la dyspnée sans grands signes d'auscultation des poumons, des douleurs lombaires, de la fièvre, de la tachycardie.

Les urines sont peu abondantes : 150, 200, 500 centimètres cubes par jour, troubles, parfois rougeâtres, hématuriques.

L'albumine figure en quantité souvent considérable 10, 32, 40 grammes et plus.

Le microscope révèle la présence de cylindres gra-

nulés, de cellules épithéliales du rein, de leucocytes nombreux, de globules rouges.

L'exploration du rein décèle une perméabilité plus ou moins déficiente, la rétention chlorurée, l'hypoazoturie, la toxicité urinaire normale ou faible.

L'évolution de la néphrosyphilose primaire est variable.

Elle peut revêtir une allure aiguë et tourner court en 10 jours avant l'apparition des signes secondaires, comme dans le cas de Talamon.

Dans la règle, elle semble présenter son maximum d'acuité à l'époque où apparaissent les accidents secondaires sans cependant être en rapport avec l'intensité de ceux-ci.

Le traitement n'amène une amélioration véritable qu'au bout de 15 jours à 1 mois; les œdèmes se résorbent en même temps que les urines deviennent plus abondantes et se clarifient; leur teneur en albumine diminue progressivement pour disparaître parfois totalement.

Mais souvent après l'amendement de tous les symptômes néphrétiques, après la disparition de la roséole, lorsque l'état général du malade est devenu satisfaisant l'albumine persiste à un taux plus ou moins élevé, irréductible.

PRONOSTIC

Les néphrosyphiloses apparaissant à la période primaire de la syphilis comportent un pronostic réservé, meilleur cependant que pour les autres néphrites, meilleur aussi que pour les déterminations rénales secondaires, car en raison même de leur apparition précoce, le traitement peut avoir sur elles plus de prise.

Il ne faut pas oublier cependant que la syphilis peut « frapper d'emblée des coups irréparables ».

Le pronostic est subordonné à l'atteinte antérieure du rein dont les effets s'ajoutent à l'action du tréponème. Les néphrites *combinées* qui en résultent ne sont que partiellement réductibles; elles laissent à leur suite une albuminurie qui ne cède pas au traitement spécifique, qui constitue un acheminement vers le mal de Bright, un terrain favorable à l'action des infections ou des intoxications ultérieures sur le rein.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la nature d'une albuminurie survenant au début de la syphilis reste encore un diagnostic de présomptions, et malgré les acquisitions laboratoriennes faites sur la syphilis depuis quelques années, les mots que Mauriac écrivait en 1890, énoncent encore une réalité : « Le diagnostic de néphrite syphilitique est instinctif plutôt que basé sur des preuves matérielles ».

C'est qu'en effet ces néphropathies précoces, évoluent toutes seules; elles ne font partie d'aucun complexus symptômatique dont les caractères collaborent à mettre en évidence leur nature.

En présence des symptômes d'une néphrite aiguë ou simplement à la seule constatation de l'albumine urinaire chez un sujet porteur d'un chancre spécifique, dans quels cas pourrons-nous rapporter les troubles rénaux à la syphilis?

Au préalable, il faut naturellement éliminer les causes d'erreurs possibles, tenant à la présence de sang, de pus, de secrétions vaginales ou autres dans les urines.

Explorons alors dans le passé pathologique du malade

si une scarlatine, une maladie infectieuse n'a pu déjà adultérer le rein, et, au cas où celle-ci n'aurait laissé aucune trace apparente après guérison, elle doit être retenue comme cause de fragilité rénale.

Si les antécédents sont négatifs, si aucune cause actuelle ne peut être rapportée en dehors de la syphilis, la constatation des œdèmes abondants et de l'albuminurie massive plaident en faveur de la spécificité.

Lorsqu'enfin ces signes cliniques font défaut, lorsqu'aucun symptôme adjuvant n'accompagne l'albuminurie, peut-on demander secours au laboratoire?

La réaction de Bordet-Wassermann dans le sérum sanguin ne précise pas la nature de la néphrite.

L'analyse chimique de l'albumine ne révèle rien de spécifique; elle ressemble à toutes les autres albumines.

La présence du tréponème dans le sédiment urinaire (Hirschberg-Barth et Michaux) ne détermine pas l'origine du microbe qui peut provenir des uretères, de la vessie, etc.

La réaction de Bordet-Wassermann dans les urines offrirait peut-être plus d'intérêt; c'est ainsi que Bauer examinant la réaction B.-W. du sérum et des urines chez 3 spécifiques les a trouvées très positives dans tous ces cas, l'auteur a pu établir que les anticorps spécifiques résident dans les globulines. D'autre part, avec les urines de spécifiques non albuminuriques ou sur les urines albumineuses non spécifiques, la B.-W. était négative. Dans ce cas, les urines albumineuses d'un syphilitique indiquent-elles la nature syphilitique de la néphrite?

La constatation d'une imperméabilité rénale très déficiente et d'un rapport azoturique abaissé permet de penser que la syphilis n'est pas en cause, ou n'est pas seule en cause et que les lésions rénales sont probablement antérieures à l'établissement de la syphilis.

En réalité, l'action curative du traitement spécifique constitue la meilleure preuve de la nature syphilitique d'une néphrite; son insuccès dans les cas graves ne semble pas d'ailleurs, comme nous le verrons, être une raison valable permettant d'exclure cette pathogénie.

TRAITEMENT

Nous venons de voir que ni la clinique, ni les recherches laboratoriennes ne permettent de poser avec certitude le diagnostic de néphrosyphilose précoce.

Pour toute autre lésion pour laquelle la syphilis est suspectée, le traitement d'épreuve permet de lever les doutes; dans le cas particulier, il doit être aussi appliqué mais avec la plus grande circonspection.

Si, en effet, la syphilis n'est pas en cause, ou si la perméabilité rénale est déficiente, on risque d'ajouter à la néphrite préexistante une néphrite toxique mercurielle et *a priori* il est impossible de prévoir si telle forme de néphrite sera améliorée ou au contraire aggravée par le traitement mercuriel.

Rénon et Diculafoy ont proposé le traitement préventif de la néphrite syphilitique en soumettant au régime lacté tous les spécifiques dès le début de l'infection et pendant une durée de 3 mois. Peut-être est-il préférable en raison de la rareté de la néphrite spécifique, de ne pas instituer d'emblée ce régime qui peut retentir défavorablement sur l'état général du malade.

En présence de tout cas d'albuminurie pré-roséolique, on doit toujours essayer le traitement mercuriel mais en tenant compte des recommandations suivantes :

On différera pendant quelques jours l'application du mercure; pendant ce temps, le malade sera soumis uniquement au régime lacté ou lacto-végétarien sans sel. Par l'action de cette thérapeutique, on peut assister à la fonte des œdèmes, à la diminution du taux de l'albumine, et à l'augmentation de la quantité des urines.

On pratique l'examen complet des urines de 24 heures et si le rapport azoturique $\frac{Az\ U}{Az\ T}$ est inférieur à 80, il est bon de surseoir au traitement hydrargyrique suivant le conseil de Gaucher.

Le mercure sera employé à petite dose au début, pour hâter la susceptibilité du malade.

Ne jamais donner de sels insolubles, commencer avec 0 gr. 01 de benzoate ou une cuillerée à café de lactate neutre de Hg au millième, ou les pilules de tannate de Hg.

Le cyanure intra-veineux à faible dose, 0 gr. 005 constitue une médication plus énergique, mais aussi plus toxique.

Il est préférable ainsi que l'a prescrit Lœper d'employer les injections intra-musculaires ou intra-veineuses de soufre colloïdal associé au mercure. Cette association fut suivie de succès là où le mercure seul n'avait rien donné.

Au cours de ce traitement, il faut examiner chaque fois la quantité d'albumine par le tube d'Esbach et

surveiller attentivement la bouche du malade afin d'éviter toute inflammation qui pourrait, à elle seule, aggraver l'albuminurie.

Les mêmes précautions sont à suivre au cas où il faudrait traiter une syphilis au début chez un brightique, que la syphilis ait ou n'ait pas retenti sur les reins.

L'emploi de l'iodure est à rejeter; il peut exagérer l'œdème et oblitérer le filtre rénal.

Les arsénicaux ont fait craindre qu'à eux seuls ils soient capables de donner des néphrites, mais des recherches expérimentales ont cependant montré que si l'on compare le mercure et l'arsénobenzol, c'est le premier médicament qui serait de beaucoup le plus toxique.

S'il n'y a ni rétention chlorurée, ni azotémie, nombreux sont ceux qui avec Milian, Nicolas préfèrent le traitement arsénical en employant la technique des doses très faibles au début et progressivement croissantes.

Ici encore une surveillance attentive est nécessaire.

OBSERVATIONS

Obs. 1 (personnelle). — *Prise dans le service du Dr Hudelo. Hôpital Saint-Louis.*

M. M..., 17 ans, dessinateur, vient consulter à la policlinique Bazin de l'hôpital Saint-Louis, le 6 Octobre 1919 pour *une ulcération de la verge étiquetée chancre syphilitique* par M. le Docteur Hudelo.

Le malade s'est aperçu de l'existence de cette ulcération il y a 20 jours environ, c'est-à-dire 23 jours après son premier coït qui eut lieu le 24 août.

Ce chancre siège sur la face dorsale de la verge, au niveau du sillon balano-préputial, il présente les dimensions d'une lentille, indolent, induré à sa base, il s'accompagne d'un œdème assez marqué du fourreau.

L'adénopathie inguinale satellite existe des deux côtés ; à l'aine droite figure un ganglion volumineux, indolent, non inflammatoire.

La netteté des symptômes cliniques entraîne l'établissement immédiat du traitement d'attaque.

Mais à l'examen des urines pratiquées par le procédé de l'ébullition en milieu acide, après addition de quelques cristaux de sulfate de soude, et filtrage, on constate la présence d'une quantité notable d'albumine.

Le malade ignore si cette albuminurie a précédé sa contagion de la syphilis; vers l'âge de 5 ans, il contracta la

rougeole, mais il déclare n'avoir jamais été malade depuis cette époque.

Sa taille est de 1 m. 85, son poids de 65 kilogrammes; il ne présente aucune déformation du système osseux.

Depuis une semaine, le malade se plaint de lassitude, mais l'appétit est normal et il n'accuse ni céphalée, ni insomnie.

La muqueuse buccale et linguale est indemne.

L'exploration du système ganglionnaire occipital, cervical, sus-épitrochléen est négative.

L'examen des poumons et du cœur ne révèle aucun trouble organique.

La tension artérielle est de 16 pour Mx, et 10 pour Mn.

La rate ne paraît pas augmentée de volume.

L'aire de matité hépatique est normale.

La réflectivité pupillaire est normale; les pupilles sont égales.

Il n'existe pas d'œdème malléolaire, le malade n'accuse d'ailleurs aucun trouble indiquant la production d'œdèmes fugaces.

Les urines sont foncées, troubles.

Le tube d'Esbach marque 0 gr. 50 d'albumine.

Le 9 Octobre. — Le malade est au régime alimentaire ordinaire et l'analyse des urines de 24 heures donne les résultats suivants :

Volume des 24 heures.....	800 cent. cubes (1).
Urines troubles avec un dépôt alcalin d'urate de soude abondant.	
Urée par litre.....	28 gr. 69.
Azote total (exprimé en urée).	35 gr. 35.
Rapport azoturique.....	81 p. 100.

(1) L'analyse chimique des urines des malades auxquels se rapportent mes deux observations personnelles ont été pratiquées par M. Beauxis-Lagrave, Interne en pharmacie de l'Hôpital Saint-Louis. Qu'il veuille trouver ici l'expression de mes plus chaleureux remerciements.

L'albumine figure en trace non dosable pondéralement, à peine 0 gr. 10 à l'Esbach; par pesée, serait moitié moindre.

L'examen au microscope du sédiment après coloration à l'hématéine-éosine décèle la présence de quelques rares éléments : hématies, lymphocytes, cellules vésicales.

Il n'y a pas d'éléments du rein (pas de cellules du bassinet) et, par examen direct, la recherche des cylindres est négative.

La réaction de Bordet-Wassermann dans le sérum sanguin est très fortement positive.

Cette réaction pratiquée sur les urines et faite suivant la méthode type et la méthode sensibilisée (Hecht-Bauer modifiée) ne provoque pas d'hémolyse, aussi bien dans les tubes témoins que dans les autres (1).

Du 9 au 13 Octobre. — Le malade se plaint de lassitude et de céphalée ; celle-ci ne présente pas d'exacerbation vespérale et n'empêche pas le sommeil.

L'albuminurie est peu abondante; elle varie entre 0 gr. 2 et 0 gr. 6 ; l'analyse biquotidienne effectuée à 8 heures et à 19 heures ne marque pas de variations régulières et importantes.

La température rectale prise aux mêmes heures oscille entre 37°3 et 38°.

13 Octobre. — Le malade reçoit dans la matinée une injection intraveineuse de 5 centigrammes de novarsénobenzol.

Albumine à 19 heures : 0 gr. 35.

14 Octobre. — A 8 heures : albumine 0,25 : Température 38°8; à 19 heures : albumine 0,35, le soir température 39°8. Urines : 800 centimètres cubes.

15 Octobre. — A 8 heures : albumine 0,25 : Température 38°9. 19 heures, albumine 0,30, température 37°6.

16 Octobre. — Début de roséole. Albumine 0,2 matin et soir.

(1) Faite au laboratoire central de l'Hôpital Saint-Louis.

Le malade est mis au régime lacto-végétarien.

Le 20 Octobre. — La roséole est nettement apparente; quelques éléments érythémato-papuleux sont disséminés sur les flancs et l'abdomen.

Les urines sont plus abondantes (1.300 cm^3) et plus claires. Par l'ébullition se constitue un précipité très léger d'albumine. La céphalée est disparue.

Le malade reçoit 0 gr. 10 de novarsénobenzol.

Le soir du même jour, le tube d'Esbach marque 0 gr. 80, la température 37°5.

Le 21 Octobre. — L'albuminurie n'existe plus.

Il en est encore ainsi les jours suivants; les urines sont claires, elles atteignent 1 litre 1/2 dans les 24 heures.

L'état général est bon, le malade ne ressent plus ni fatigue, ni céphalée.

Le 27 Octobre. — Nouvelle injection de novarsénobenzol (0 gr. 15).

Le soir même, l'analyse accuse à peine 0 gr. 2 d'albumine.

Le 28 Octobre. — Plus d'albumine. Le chancre est cicatrisé. Rien aux muqueuses. La roséole pâlit.

Le 3 Novembre. — Injection de 0 gr. 20 de novarsénobenzol, également bien tolérée ; la quantité d'albumine constatée dans les urines du soir et du lendemain matin est insignifiante.

Du 3 au 24 Novembre, le malade reçoit successivement 0 gr. 25, 0 gr. 30, 0 gr. 45 de novarsénobenzol et ses urines ne présentent plus de traces d'albumine.

Conclusions. — Cette observation est démonstrative, l'albuminurie *s'est révélée 20 jours après le début apparent du chancre* sans qu'aucune autre cause que la syphilis ne permette d'en expliquer l'existence.

Les variations quantitatives de l'albumine n'étaient pas fidèlement en rapport avec les oscillations de la température rectale.

La symptomatologie concomitante se résume à l'état fébrile accompagné de céphalée, d'oligurie et de décharge uratique.

La recherche de la réaction de Bordet-Wassermann dans les urines n'a été d'aucun secours,

L'élévation de la quantité d'albumine urinaire survenant après les premières infections arsénicales peut s'expliquer par l'existence d'une réaction de Heixheimer ; celle-ci ne se produit plus après la quatrième injection et les jours suivants l'albumine ne figure plus dans les urines.

Cependant, malgré la disparition de l'albuminurie, quelques jours après le début de l'exanthème roséolique, la surveillance doit être maintenue sur le rein pendant tout le cours du traitement.

Obs. 2. (personnelle). — *Prise dans le service du Dr Hudelo. Hôpital Saint-Louis.*

Ph. L.., mécanicien, 35 ans, lit n° 42. Salle Hardy. Hôpital Saint-Louis.

Entré à l'hôpital le 22 Mai 1919, pour : *chancre mou de la verge* (?) *adénite inguinale droite non suppurée.*

Antécédents héréditaires et collatéraux.

Père mort à 50 ans d'une tumeur abdominale. Mère morte à 40 ans d'une pneumonie. Deux sœurs bien portantes; aucun décès de frères ni de sœurs.

Antécédents personnels :

Le malade ne se rappelle pas avoir contracté de maladies infectieuses au cours de son enfance.

Il fut opéré en 1914 pour des hémorroïdes, et à cette occasion, l'analyse des urines n'a pas décelé la présence d'albumine.

Cette année, en Janvier, il eut une blennorragie qui dura 2 mois environ et dont il est complètement guéri.

Le malade dit être sujet aux maux de gorge. Il fume peu et assure ne pas abuser des boissons alcooliques.

Historique de la maladie actuelle.

Depuis 1 mois environ, le malade se plaint de faiblesse, de fatigues et d'inappétence.

Vers le 2 ou 3 Mai, quelques jours (?) après un coït suspect, il a constaté l'apparition sur le dos de la verge d'un « bouton enflammé » qui n'a pas tardé à laisser place à une petite ulcération sensible au frottement. 3 ou 4 jours après, l'aine droite devient douloureuse pendant la marche.

10 jours de traitement local avec la teinture d'iode et une pommade n'amène aucune amélioration ; l'ulcération au contraire s'agrandit, une tuméfaction douloureuse à l'aine droite se constitue et le malade décide enfin à venir consulter à Saint-Louis, où il est hospitalisé.

Les modifications provoquées par le traitement local antérieur, le caractère suspect du chancre, commandent l'expectative pendant 3 jours au cours desquels on procède à la détersion de la lésion.

Le 26 Mai. — Un examen attentif laisse entrevoir la possibilité d'un chancre mixte.

Celui-ci siège sur le fourreau à la face dorsale de la verge qu'il intéresse sur toute sa largeur ; de forme ovalaire, l'ulcération présentera un fond rougeâtre, légèrement sanieux ; — autour de la plus grande partie de la lésion et à gauche, les bords sont assez réguliers et décollés, mais à droite ce dernier caractère est moins net, le pincement du chancre entre les deux index révèle un peu d'induration de la base.

Au niveau de l'aine droite existe une polyadénite composée de 3 ganglions durs, indolores, le plus gros du volume d'une noisette, bien différent des caractères de l'adénopathie inguinale gauche nettement inflammatoire.

En présence des caractères de cette ulcération on a recours

à un examen à l'ultra-microscope et la recherche du tréponème est négative.

Le 28 Mai. — La réaction de Bordet-Wassermann pratiquée dans le sérum sanguin est positive, faiblement atténuée.

On conclut à l'existence de l'association Ducret-tréponème et on décide d'instituer au malade le traitement d'attaque.

Mais à l'examen des urines qui précède la première injection de cyanure intraveineux on trouve une notable quantité d'albumine.

État actuel.

28 Mai. — Le malade est d'une constitution assez robuste le système musculaire est bien développé; il ne présente aucune malformation osseuse.

De taille moyenne 1 m. 65, son poids s'élève à 59 kilogrammes.

L'exploration des territoires ganglionnaires révèle l'existence de deux petits ganglions occipitaux, d'un ganglion épitrochléen droit et de la polyadénite inguinale droite.

Rien d'anormal dans la bouche; la dentition est bonne.

Sur les téguments, il existe à la face antérieure des poignets, sur les avant-bras des vésiculettes, des papules croûteuses, des excoriations linéaires produites par le grattage. Les mêmes éléments sont parsemés sur la face antérieure des cuisses, sur la poitrine avec maximum aux aisselles; ils sont très prurigineux, surtout la nuit. L'existence d'une gale est évidente.

Le thorax est normalement conformé; rien de particulier aux poumons.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal à 1 centimètre en dedans et en bas du mamelon.

La matité cardiaque est normalement développée, mais à l'auscultation; le premier bruit est un peu prolongé, il y a manifestement tendance au bruit de galop.

Pouls = 80 normal.

Tension artérielle au Pachon = Mx. 18, Mn. 12. La matité hépatique ne dépasse pas la limite des côtes; la région n'est pas douloureuse à la pression.

La rate ne paraît pas hypertrophiée.

Le malade se plaint de manquer d'appétit, mais la région épigastrique n'est pas sensible à la pression ; les digestions sont bonnes, les selles sont régulières et normales.

Les reins ne sont pas sentis à la palpation.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux.

Les réflexes pupillaires sont normaux, les pupilles sont égales.

Le malade se plaint d'insomnie, mais sans céphalée.

Aucun signe de brightisme, pas de bouffissure des paupières, pas d'œdème malléolaire, pas de crampes, pas de bourdonnement d'oreilles, pas de cryesthésie.

Les urines sont claires. Volume : 1 l. 500.

Albumine : 1 gr. 5 dosé au tube d'Esbach.

Le régime alimentaire est modifié dès le 27 Mai, quand on s'aperçoit de l'existence de l'albumine, on met le malade au régime lacto-végétarien, et on surseoit au traitement spécifique.

3 Juin. — Urine 1 l. 900. Albumine : 1 gr. p. 1 000.

4 Juin. — Urine : 1 l. 700. Albumine : 1 gr. 5.

Épreuve du bleu : l'injection est pratiquée à 11 heures; une première élimination se produit à 12 h. 5. L'élimination s'accroît régulièrement et atteint son maxima à 18 heures; elle diminuera assez régulièrement jusqu'au 6 Juin à 10 heures, les urines ont repris leur couleur normale, mais le chromogène est décelé jusqu'au 7 Juin à 4 heures.

8 Juin. — L'examen microscopique des urines décèle d'assez nombreuses cellules de l'épithélium vésical et quelques petites cellules de l'épithélium rénal, pas de cylindre (1).

(1) Le résultat des analyses histologiques m'a été fourni par mon vieil et excellent ami le Dr Montlaur, chef du laboratoire du sérum du Dr Hudelo à l'hôpital Saint-Louis. Je lui suis extrêmement reconnaissant pour l'obligeance avec laquelle il m'a assuré du concours de ses vastes connaissances laboratoriennes.

Urine : 1 l. 700. Albumine : 1 gr. 5.

10 Juin. — Volume : 2 litres.

Albumine 9 heures : 1 gr. 5.

Albumine 18 heures : 1 gr. 8 environ.

Du 10 Juin au 28 Juin, la quantité d'urine reste à peu près stationnaire, le malade urinant 1 l. 800 à 2 l. 200, et l'albumine dosée à l'Esbach oscille entre 1 gr. 5 à 1 gr. 8 p. 1.000, sans différence constante entre la teneur des urines du matin et celles du soir.

28 Juin. — Le malade reçoit une injection intraveineuse de 0 gr. 005 de cyanure de mercure.

Albumine 9 heures : 1 gr. 5; 18 heures : 2 grammes environ.

1er Juillet. — Albumine : 2 grammes.

4 Juillet. — 2 grammes matin; 2 gr. 5 le soir.

10 Juillet. — Albumine : 1 gr. 5.

15 Juillet. — Albumine : 0 gr. 50.

27 Juillet. — Albumine, un louche dépôt à peine visible au fond du tube d'Esbach.

A cette date, le malade a reçu 16 injections intraveineuses de 0 gr. 005 de cyanure.

L'ulcération de la verge est presque cicatrisée; l'adénite droite a considérablement diminué. Tension artérielle : maximum = 18; minimum = 12.

L'analyse complète des urines donne les résultats suivants:-

Volume en 24 heures : 2 litres, jaune; réaction acide, densité 1.010.

Albumine : 0 gr. 15 par litre, constituée par la sérine et la globuline.

Présence nette de l'urobiline et de son chromogène.

Extrait	24 gr. 80	par litre.
Cendres	11 gr. 15	—
NaCl	6 gr. 22	—
Urée	9 gr. 91	—
Phosphates en $P^2 O^5$	1 gr. 53	—
Acide nitrique total	0 gr. 094	—
AzH^3	0 gr. 25	—
Az. uréïque	4 gr. 69	—
Az. total	5 gr. 81	—
Acidité en HCl	0 gr. 91	—

Les rapports urologiques :

Rapport azoturique $\frac{AzU}{Az\,T}$	80	p. 100.
Coeff^t Bouchard $\frac{Ur.}{Extrait}$	39,9	—
Ac. phosphorique à urée	15,4	—
Ac. phosphorique à Az. T	26,3	—
Coefficient de déminéralisation $\frac{Cendre}{Extrait}$	45	—
Acide urique à urée	1	—

29 Juillet. — La formule leucocytaire sanguine est la suivante :

Polynucléaires neutrophiles	52	p. 100.
Eosinophiles	6	—
Lymphocytes	25	—

2 Août. — Le malade sort de l'hôpital.

L'ébullition de l'urine fait percevoir encore la présence de l'albumine en petite quantité, et après un traitement de 19 injections, de 0 gr. 005 de cyanure de mercure.

Conclusions. — Dans cette observation *l'albuminurie a été reconnue 25 jours après l'apparition du chancre mou ;* elle se serait donc établie peu de jours après l'induration de celui-ci?

Il est d'ailleurs assez difficile de préciser si cette albuminurie ne préexistait pas à l'infection syphilitique, on ne retrouve dans les antécédents du malade aucune cause qui permette de le supposer. Cependant le rapport azoturique est hyponormal et l'élimination du bleu de méthylène est un peu retardée.

L'albumine n'a jamais figuré en quantité considérable : 4 à 5 grammes en 24 heures au maximum.

Elle n'a suivi qu'une légère augmentation pendant les premiers jours qui suivirent l'établissement du traitement mercuriel; on peut y voir l'existence de réaction de Herxheimer.

Le malade n'a jamais eu de fièvre; la roséole ne fut jamais constatée; elle fut sans doute discrète et cachée derrière les lésions scabieuses coexistantes.

Le cyanure de mercure, intraveineux a été très bien toléré ; il a eu incontestablement une influence heureuse sur la diminution de l'albuminurie.

Obs. 3 *in thèse* Vandenabeele, due à l'obligeance de M. le P[r] Lemoine.

Une jeune servante âgée de 21 ans est envoyée à la consultation de médecine à l'hôpital Saint-Sauveur par un confrère de la ville parce que, depuis un mois, elle présente un œdème de la face et des jambes.

Interrogée, la malade dont les antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de remarquable, nous apprend qu'il y a 1 mois au milieu d'un état général parfait est survenu un gonflement des jambes, d'abord léger, plus marqué le soir qui s'accentue rapidement.

Huit jours après, œdème énorme, les paupières et la face étaient bouffies. Le médecin de ses patrons fut appelé et lui donna un purgatif; il la laissa au régime ordinaire. Comme son état ne s'améliorait pas, elle vint à la consultation le 8 Novembre et entra dans le service.

Le lendemain, à la visite, on constate de l'anasarque, empreinte du doigt.

L'œdème est blanc, mou surtout marqué aux membres inférieurs, mais également au reste du corps et à la face.

On remarque aussi une éruption maculeuse, polymorphe, dont les éléments varient de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une pièce de 50 centimes. Cette éruption non prurigineuse s'étend sur tout le corps et surtout à l'abdomen et au tronc mais respecte la face. Elle a tous les caractères morphologiques de la roséole au de la seconde période de la syphilis.

Cette éruption est apparue il y a 15 jours, c'est-à-dire *deux semaines après le début de l'œdème.*

La malade n'a pas constaté l'apparition de l'accident primaire; cependant à l'examen de la vulve on constate, en même temps qu'un écoulement jaunâtre très abondant, de l'œdème rouge de la grande lèvre gauche, qui semble prouver que la lésion primaire a existé à ce niveau.

Les ganglions inguinaux de ce côté sont durs, volumineux, indolores. La malade n'accuse comme autre symptôme qu'un violent mal de gorge.

A l'examen, on constate une angine érythémateuse aux plaques muqueuses sur le pilier postérieur gauche, le pilier droit et l'amygdale droite. Elle n'accuse ni perte de cheveux, ni céphalée.

Les urines sont peu abondantes (1 litre par jour à peine); elles sont foncées et troubles; les urines sont fortement albumineuses (10 à 20 grammes par litre); il y a en même temps de la rétention chlorurée, on ne trouve que 1 gr. 70 de chlorure par jour. Malgré cette abondance d'albumine et

cette rétention chlorurée, la malade n'accuse aucun trouble subjectif; elle n'a jamais eu de douleurs lombaires, elle n'a pas de sensations cryesthésiques, pas de crampes, pas de mouches volantes, pas de diminution de l'acuité visuelle. On la soumet au régime lacté exclusif.

Poids : 72 kg. 500, le 11 Novembre, augmentation de la quantité des urines 1.200 grammes par jour, mais l'albuminurie ne diminue pas : 10 grammes et 4 gr. 20 de chlorures par jour.

Devant l'insuccès du régime lacté, on décide de lui faire une injection de 2 centigrammes de benzoate de mercure tout en la laissant au lait. Le surlendemain 13 Novembre, le taux de l'albuminurie est tombé à 8 grammes, les chlorures 6 gr. 70 par jour.

Le 15 Novembre. — 6 gr. 20 d'albumine par litre.

La quantité d'urine est notablement augmentée : 2 litres 800 ; chlorures 9 gr. 70 par jour.

Le poids de la malade est de 67 kg. 500.

La diminution des œdèmes est très marquée, la malade accuse peu de céphalée.

Le 16 Novembre, les urines restent abondantes mais sont fortement hématuriques.

On cesse le traitement mercuriel.

Depuis ce jour, l'hématurie continue malgré l'interruption du traitement hydrargyrique et malgré les médications employées.

A la date du 7 Décembre, l'état général n'est pas très bon, la malade éprouvant une certaine répugnance pour le lait ; on diminue la quantité journalière et on lui donne un peu de pain sans sel et des pommes de terre.

Les urines sont encore légèrement hémorragiques et contiennent 8 grammes d'albumine par litre ; la quantité d'urine se maintient à 2 litres 500.

Poids : 61 kg. 500.

Conclusions. — Dans cette observation, la roséole est *apparue 15 jours après l'établissement des troubles rénaux.*

La syphilis méconnue au début ne fut traitée qu'après l'insuccès du régime lacté. Le mercure amena une amélioration rapide, mais les urines demeurèrent albumineuses et hématuriques ; « la syphilis a frappé d'emblée un coup irréparable ».

Obs. 4 (Talmon-Lecorché). *Journal de Méd. Mod.*, Juin 1899.

Jeune fille de 21 ans, domestique, entre à l'Hôpital Bichat le 8 Juin 1899 pour anasarque avec bouffissure générale des téguments surtout apparente à la face.

La face est bouffie et élargie, le cou gonflé, les yeux sont presque recouverts par les paupières supérieures tuméfiées, les conjonctives sont injectées et brillantes avec œdème sous-conjonctival.

Œdème moins marqué aux membres inférieurs, sauf au pourtour des chevilles, léger godet à la pression du doigt sur la face antérieure des tibias.

La malade se plaint d'une grande faiblesse, de douleurs vagues dans la région lombaire, d'un malaise général avec inappétence. La langue est saburrale, pas de diarrhée ni vomissements.

Léger mouvement fébrile; température 38°1. Pouls 80, cœur normal, sans bruit de souffle.

Les urines rares, foncées, couleur bouillon sale avec un dépôt granuleux, 400 grammes en 24 heures.

Traitées par la chaleur, elles se prennent en masse en un caillot qui ne tombe pas si on retourne le tube. Diluée au 10e, cette urine donne par le procédé d'Esbach 30 grammes d'albumine pour 1.000 ; par la pesée, on obtient 32 grammes.

Les renseignements que donnent la malade sont les suivants : elle n'a fait aucune maladie qu'une fièvre typhoïde à 10 ans, dont elle s'est très bien remise.

Réglée à 12 ans, elle s'est toujours bien portée jusqu'au mois de Mai 1899. A cette époque, elle a commencé à perdre ses forces et son appétit, à avoir mal à la tête. Vers la fin du mois, le mal de tête est devenu assez violent pour l'empêcher de dormir. Le 30 Mai elle eut des douleurs vives dans les reins. Le 3 Juin, troubles gastro-intestinaux caractérisés par de la diarrhée et des nausées, mais sans vomissements. Ces phénomènes disparaissent au bout de 24 heures, mais le 5 Juin au matin, en se levant, elle s'aperçoit qu'elle a la figure bouffie et peut à peine ouvrir les yeux. Elle ne fait aucune remarque sur le caractère de ses urines. C'est la bouffissure de la face qui la décide à entrer à l'hôpital le 8 Juin.

Rien dans cette histoire ne nous expliquait la néphrite aiguë si remarquable par l'abondance de l'albumine.

Mais nous n'en sommes pas à conter les cas dont l'étiologie nous échappe.

J'avoue que je ne pensais pas à ce moment à la syphilis à laquelle j'aurais dû cependant songer en raison de cette proportion absolument anormale de 32 grammes d'albumine par litre.

La malade fut mise au repos au lit et au lait.

Le 9. — La température monte encore à 38° le soir, mais dès le 10, elle devient normale.

Le 11. — La bouffissure de la face a presque complètement disparu, les urines sont toujours foncées et sales contenant de nombreux globules rouges, des cylindres et des débris granuleux. La quantité d'urine a un peu augmenté : 700 grammes en 24 heures ; l'albumine a diminué 20 grammes par litre.

13. — Les urines sont claires, 2 litres en 24 heures, 6 grammes d'albumine pour 1.000.

14. — 3 lit. 1/2, albumine : 1 gr. 5 par litre.

La malade n'accuse plus aucun malaise et réclame énergiquement à manger.

15. — 3 lit. 1/2 ; urines jaune clair, ne donnant plus que 0 gr. 40 d'albumine pour 1.000.

16. — La quantité d'urine est la même, mais il n'y a plus que des traces indosables d'albumine et seulement dans l'urine rendue à 4 heures de l'après-midi.

Le lendemain, on ne trouve plus trace d'albumine à aucun moment de la journée, et depuis lors, il ne fut plus possible malgré les examens répétés d'en déceler la moindre apparence dans l'urine qui resta claire, mais dont la quantité descendit à 1.200-1.400 grammes, quand on remit la malade au régime ordinaire au bout de 8 jours.

Le 16 Juin, au soir, la température était remontée à 38°6.

Le 17 au matin, la malade se plaignit d'avoir mal à la gorge. Les amygdales sont rouges, un peu gonflées et piquetées de points blancs. Cette angine persiste avec un léger mouvement fébrile jusqu'au 21 où la température redevient normale.

Les amygdales restent toujours rouges et tuméfiées.

Le 27 Juillet, la malade attire notre attention sur une éruption qu'elle a remarquée la veille. Le ventre et la partie antérieure du thorax sont couverts de taches rouges, arrondies, ovalaires, plus ou moins larges, offrant par place une disposition circinée et présentant une teinte rouge jaunâtre légèrement fauve sans démangeaison : c'est une éruption typique de roséole syphilitique.

En examinant plus attentivement la gorge, on constate sur l'amygdale gauche, toujours tuméfiée, une plaque muqueuse de la grandeur d'un gros pois. Les ganglions cervicaux sont à peine appréciables, pas d'alopécie, ni de croûtes dans les cheveux.

L'examen de la vulve montre une seule plaque papulo-érosive sur la face interne de la grande lèvre gauche.

Voici alors ce que nous avoue la malade : A la suite de son dernier rapport sexuel qui avait eu lieu entre le 11 et le 21 Mai, elle avait commencé à perdre en blanc et à souffrir un peu en urinant. Elle avait consulté un médecin qui avait prescrit des injections boriquées et des tisanes rafraî-

chissantes. C'est à cette époque qu'elle avait commencé à se sentir mal à l'aise et à s'affaiblir.

On prescrit des pilules de protoïodure mais la malade demande à sortir le 8 Juillet ; la roséole a notablement pâli sur le corps, mais la plaque muqueuse de l'amygdale droite persiste. De plus, le 1er Juillet, la fièvre a disparu, fièvre intermittente, vespérale, atteignant souvent 39° à 39°2, s'accompagnant de maux de tête nocturnes. Les urines sont toujours claires et ne renferment pas trace d'albumine.

En résumé, du 5 au 16 Juin, signes de néphrite aiguë avec anasarque.

Sous l'influence seule du repos au lit et du régime lacté, l'anasarque a disparu en 6 ou 7 jours, et dès le 8e jour, la quantité d'urines montait de 400 grammes à 2 litres en même temps que l'albuminurie tombait de 32 grammes à 6 grammes pour 1.000.

Deux jours après il n'y avait plus que des traces d'albumine qui disparaissait complètement et définitivement le 12e jour.

Dans cette observation, la néphrite aiguë syphilitique est remarquable par sa brièveté et son intensité, par l'abondance et la rapide disparition de l'albumine dans les urines.

Elle est intercalée entre le chancre et la roséole. *La roséole est apparue 11 jours après la guérison complète de l'albuminurie.*

Obs. 5. — (Résumée) Bonnamour. Publiée dans le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Lyon*, du 30 Novembre 1904.

Néphrite syphilitique guérie par le traitement spécifique.

Femme de 47 ans, journalière, entrée le 19 Juillet 1904 dans le service de M. le Professeur Josserand.

Toujours en bonne santé habituelle, 9 enfants dont 5 morts (3 en bas âge) 1 fausse couche.

Deux mois après un coït unique, œdème des jambes, d'abord la gauche, puis la droite; œdème progressif et indolore.

A son entrée à l'hôpital : œdèmes des membres inférieurs jusqu'aux cuisses, œdème des deux poignets.

Roséole apparue depuis deux jours; albumine abondante.

Traitement : friction quotidienne à l'onguent napolitain; lait.

Du 20 Juillet au 5 Août, frictions; traitement suspendu, du 5 au 10 Août en raison de douleur pendant les mictions; traitement repris du 10 au 16 Août.

Le 5 Août : disque d'albumine.

Le 10 Août : traces d'albumine.

L'urine passe du 19 Juillet à 500 grammes en 24 heures à 1 lit. 500 le 5 Août et 4 litres le 10 Août; œdème résorbé, état général amélioré.

Plus d'albumine les premiers jours de Septembre.

Conclusions. — Dans cette observation, la syphilis semble être seule en cause; *les premiers œdèmes sont apparus 15 jours après le chancre* et le traitement mercuriel a amené la disparition complète de l'albumine dans les urines.

Obs. 6. — Courmont et A. Cade. (résumée) Publiée à la *Société de Méd. des Hôp. de Lyon.* 28 Juin 1904.

Homme 31 ans. chaudronnier; pas d'antécédent saturnin, éthylique. Entré le 22 Octobre 1903.

Enflé depuis 15 jours, urines pâles et foncées.

Malade pâle, anasarqué.

Eruption papulo-squameuse : roséole, chancre à la verge datant de plusieurs semaines, ganglions inguinaux, plaques amygdaliennes.

Pouls petit, tension faible, température normale.

Urines vin de Porto, 500 centimètres cubes. Albumine + +

+ traitement : 2 pilules Dupuytren et 3 grammes Ik. ; régime lacté.

27 Octobre. — Même état. Œdèmes persistent.

Urines : volume : 400 centimètres cubes ; hypoazoturie 12 grammes par 24 heures; hypochlorurie 2 gr. 44; albumine 4 gr. 66, 2/3 sérine, 1/3 globuline, quelques cylindres hyalins, leucocytes nombreux.

$$\frac{\Delta V}{P} = 1.125$$

(diminution de l'élément moléculaire total).

$$\frac{\delta V}{P} = 0,897$$

(diminution de l'élimination des molécules achlorées).

$$\frac{\Delta}{\delta} = 1,25 \text{ (insuffisance rénale).}$$

30 Octobre. — Suppression des pilules de Dupuytren, injections quotidiennes d'huile biiodurée.

9 Novembre. — Stomatite, suspension temporaire du Hg.

11 Novembre. — Etat plus grave. Urines : albumine, 3 grammes; oligurie 300 gr., diarrhée et stomatite.

Tension artérielle, 16-17 au Potain.

17 Novembre. — Reprise du traitement.

1er Décembre. — Urines plus claires.

15 Décembre. — Urine : 2 400 grammes ; urée 21 ; hyperchlorure 23 grammes; albumine 1 gr. 3.

Tension artérielle, 19.

Cryoscop. $\frac{\Delta V}{P} = 3.857.$

$$\frac{\delta V}{P} = 1.447, \text{ hyponormal.}$$

$$\frac{\Delta}{\delta} = 2,65, \text{ augmente.}$$

19 Décembre. — L'amélioration s'accentue.

Le 24 Décembre, le malade quitte l'hôpital; l'albuminurie persiste toujours; il y a toujours polyurie, hyperchlorurie et tension artérielle = 25.

Malade revu le 15 Juin 1904. Maux de tête, douleurs rénales, bourdonnement d'oreilles, surdité accusée, crampes. Polyurie : 2 litres, pollakyurie nocturne; urée 28; chlorure 16; albumine modérée.

Le $\frac{\Delta V}{P}$ augmente : 5.893.

Le $\frac{\delta V}{P}$ augmente : 4.121.

Le $\frac{\Delta}{\delta}$ diminue : 1,43.

Cœur n'est pas gros, pas de galop. Tension artérielle moyenne.

Conclusions. — *Les œdèmes surviennent 15 jours avant l'apparition de la roséole* et le traitement spécifique agit très favorablement sans toutefois amener la guérison complète; dans ce cas la syphilis n'est probablement pas seule en cause.

Obs. 7. — (Résumée) (Mühlig). (Thèse Tach). *In Munchener médizinische Wochenschrift*, 24 Mars 1903. *Un cas de néphrite parenchymateuse syphilitique.*

Malade chauffeur A. H. — 26 ans.

5 Septembre 1902, reçu à l'hôpital; malade depuis 3 jours, avec faiblesse générale, manque d'appétit, maux de tête pieds enflés. Jusqu'alors toujours bien portant. Pas de maladie dans l'enfance, pas de scarlatine.

Examen : Anémie très prononcée, œdème considérable des extrémités inférieures.

Tous les organes, à l'exception des reins, sont apparemment normaux.

Grande quantité d'albumine, cylindres granuleux, globules rouges, cellules épithéliales des reins.

On croit à une simple néphrite parenchymateuse peut-être *a frigore*; nous ordonnons au malade de faire chaque jour des bains chauds, suivis d'enveloppements chauds et régime lacté exclusif.

Traitement suivi jusqu'au 20 Octobre; finalement, on ajoute le tannin; malgré tout, on obtient seulement un succès léger, car les œdèmes diminuent sans disparaître complètement.

L'analyse microscopique et chimique des urines donne les mêmes résultats qu'au début de la maladie.

24 Octobre. — Fièvre légère, le soir 37°7, 37°9.

27 Octobre. — Roséole; température redevient normale.

Plaques muqueuses dans la bouche, ganglions à la nuque et aux coudes.

Analyse des urines semblable.

Le malade avoue que depuis le 20 Août il avait un chancre de la verge, pas encore guéri et qu'il panse lui-même secrètement.

Il avait été contaminé dans les premiers jours d'Août, à Anvers.

Sur le gland, on trouve une ulcération aux bords indurés.

28 Octobre. — Commencement du traitement antisyphilitique, 1 centigramme de sublimé, en injections intra-musculaires.

29 Octobre. — Angine à fausses membranes sur les amygdales.

Dès la cinquième injection, mieux sensible, plaques muqueuses et œdèmes disparus. Après la dixième injection, éruption pâlie, angine décrue, chancre guéri; seule l'induration persiste.

Urines : Albumine sensiblement diminuée; quelques cylindres isolés.

Avec l'établissement du mercure, on donna une nourriture variée et nourrissante, un bain tiède par semaine.

A la vingtième injection, plus d'albumine, plus rien d'anormal dans les urines.

La roséole et l'angine ont disparu, les ganglions de la nuque et des coudes diminués. On fait, malgré tout, 10 autres injections.

Conclusions. — *Néphrite parenchymateuse aiguë apparue 14 jours après apparition de chancre induré*, 5 semaines après un coït suspect.

Les phénomènes secondaires se montrent seulement le 24 octobre, c'est-à-dire 8 à 9 semaines après l'affection primaire.

L'origine syphilitique est prouvée par l'échec du traitement de la néphrite et les succès du mercure.

Obs. 8. — Wagner (Résumée). Publiée *Munchener Mediz. Wochens.*, 16 décembre 1902.

J.-G., ouvrière, 21 ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Enfant eut la rougeole et plus tard un érysipèle.

Depuis 3 ou 4 semaines, souffre de migraines et dans les derniers jours avait de l'œdème des paupières.

Depuis le 3 Mai 1902. — Œdème pieds et diminution de la quantité des urines.

7 Mai. — Entre à l'hôpital.

Anasarque de médiocre intensité.

Cœur : légers troubles systoliques.

Urines : 150 centimètres cubes; densité 1032-1040; 40 grammes d'albumine ; un peu de sucre.

Digitale abandonnée car vomissements et ralentissement du pouls; par régime, albumine descend à 27 grammes, œdème s'accroît, maux de reins, tendance au sommeil ; peu

à peu augmentation de l'œdème, au 14 mai, albumine 8 grammes.

18 mai. — Roséole, chancre pas trouvé.

Les œdèmes ont presque disparu par une de sucre; le poids a diminué de 21 kilogrammes; albumine, 1 gramme.

Cure d'onguent mercuriel (2 grammes par jour).

Le 3 Juin. — Plus d'œdème; trace d'albumine; frictions et Ik.

24 Juin. — Urines normales.

Conclusions. — *Les œdèmes sont apparus, 15 jours avant la roséole*; succès du traitement mercuriel.

Obs. 9. — (*Thèse* Baudouin). Publiée dans *G. H.* numéro 18, 1888 par M. le Dr Morel-Lavallée, *Albumine et purpura. Chancre syphilitique.*

Homme 25 ans, entre à l'hôpital le 19 Novembre 1887, présente un purpura généralisé et de l'œdème blanc mat datant de quelques jours, surtout accusé aux paupières et aux chevilles.

Aucune étiologie vraisemblable : refroidissement, rhumatismes ou autres.

Albumine colossale.

Sur la verge : érosion un peu indurée datant de 3 semaines et considérée par Fournier comme chancre induré possible.

La persistance des lésions purpuriques, évoluant par poussées pendant 5 semaines ne permet pas de voir s'il se produit une roséole.

Pas de céphalée, ni ostéoalgie ni fièvre secondaire.

Traitement : pilules de protoïodure, à 5 centigrammes. Ik = 2 grammes.

Aucun autre symptôme pendant 3 mois que l'albumine énorme, persistante; purpura disparu, œdème diminué.

Puis apparition de syphilides papuleuses, au tronc aux bras suivies 15 jours après d'une syphilide typique en corymbe au dos.

Frictions mercurielles et iodure à haute dose.

Malade sort de l'hôpital ne conservant que son albumine, mais au même degré énorme.

Conclusions. — L'albumine apparaît après la cicatrisation du chancre, *mais avant les manifestations cutanées secondaires.*

Le malade a supporté des doses élevées de Hg et de Ik, en dépit de l'altération du rein et de l'inapplication du régime lacté.

Bénignité des accidents primitifs et cutanés et gravité des manifestations viscérales de la syphilis.

Obs. 10. — (*In thèse* Terrien). Due à l'obligeance du Pr Gaucher. *Œdème généralisé. Quelques semaines après le chancre, albuminurie, dyspnée, bruit de galop, disparition de tous les signes après un mois de traitement mercuriel.*

P. 41 ans, clerc d'avoué, entre à l'hôpital Saint-Louis, 11 Avril 1903.

Chancre il y a 3 à 4 semaines, traité localement.

Il y a 15 jours : début de l'œdème aux jambes et organes génitaux; l'œdème augmente ensuite progressivement.

Le 11 Avril, œdème généralisé, membres inférieurs, organes génitaux, paroi abdominale, joues et paupières.

Sur le dos de la verge, à la partie moyenne, ulcération atypique mais reposant sur une base indurée.

Adénopathie inguinale droite. Sur les jambes : éruption composée d'éléments arrondis squameux de couleur jambonée. Sur le corps, éruption roséolique avec macules et papules assez confluentes.

Pas de plaques muqueuses.

Etat général. — Dyspnée assez accentuée sans grands signes d'auscultation; température : 38°. Ebauche de bruit de galop.

Urines troubles, rougeâtres, albumineuses.

Traitement : régime lacté absolu, ventouses sèches sur les reins, 0,30 de KI.

13 Avril. — Les urines recueillies seulement au bout de 4 heures. (Il a été donné le 12 à midi) contiennent de l'iode. L'iode existe encore dans les urines le 13 Avril à 6 heures du matin.

Urines de 24 heures : 390 centimètres cubes. Albumine, 0 gr. 90.

Signes de bronchite albuminuriquè; même état général; même traitement, en plus des ventouses sèches aux bases et 0 gr. 50 de lactose.

Le traitement mercuriel est institué : bichlorure de mercure à 1/2 centigramme, puis 1 centigramme sous forme de pilule de Dupuytren.

2 Mars. — Œdème presque disparu. Albumine moins abondante.

15 Mars. — Etat général bon. Œdèmes complètement disparus; trouble très léger d'albumine par la chaleur et l'acide acétique.

Obs. 11. — *In thèse* Négel 1882. *Résumée*, due à M. Martinet, interne à l'hôpital Saint-Louis.

D... 19 ans, entre le 15 Avril 1881 à l'hôpital Saint-Louis pour enflure du visage et des jambes depuis 3 semaines; traité en Mars dernier pour chancre mou.

Pâleur; bouffissure de la face, œdème des paupières et des jambes.

Pas de douleurs rénales.

Albuminurie : 14 grammes par litre, 20 grammes en 24 heures.

Traitement : régime lacté, sirop de Gibert.

1er Mai. — L'œdème disparaît.

15 Mai. — Urines abondantes, hématies, cylindres.

15 Juillet. — Exeat; un léger nuage d'albumine.

Obs. 12. — (*Thèse* Haupt, 1914). Résumée.

N. F. 45 ans.

Pas de maladie de l'enfance ; à 22 ans, pneumonie, à la suite empyème à gauche.

Fin Décembre 1901, 3 semaines après coït ; petite ulcération sur la verge, non traitée.

Fin Janvier. — Les urines deviennent foncées ; œdème des jambes et du scrotum.

7 Février. — Entrée à l'hôpital : le patient n'a pas eu de refroidissement.

Polyadénite, ganglions durs, indolents, cou, aisselle, aine.

Roséole à papules larges.

Erythème, isthme du gosier sans plaque muqueuse.

Ascite, scrotum gonflé.

Ulcère verge à base indurée.

Pouls 72, tension 13-15.

Cœur : 2e bruit claqué.

Urines : 1.050 centimètres cubes. Esbach 18,9 ; sédiments : nombreux leucocytes, cylindres épithéliaux.

11 Février. — Friction au mercure, 2 gr. 5 ; lait, infusion de digitale.

17 Février. — Exanthème disparu.

20 Février. — Œdème disparu.

26 Février. — Diète moins sévère.

3 Mars. — Albumine 0 gr. 1 pour 1.000, plus de cylindres, albumine totale, 0,3. Urines 3.200 centimètres cubes.

Obs. 13. — (*In thèse* Haupt).

H... 31 ans ; rougeole dans l'enfance à 14 ans, pneumonie, pas d'alcoolisme, 3 semaines avant l'admission apparaît un chancre de l'anus ; peu de temps après, gonflement des jambes et du scrotum, les urines deviennent rares et foncées.

8 Mars 1902. — Entrée à l'hôpital. Angine, œdèmes :

jambes, scrotum, ascite, pleurésie droite, premier bruit du cœur prolongé, hépato-splénomégalie.

Albumine : 9 gr. par litre, cylindres granuleux.

9 Mars. — Repos au lit, lait, friction.

13 Mars. — Urines : 1.500 centimètres cubes. Albumine 13 gr. 5; œdèmes.

14 Mars. — Urines : 2.500 centimètres cubes. Albumine 7 gr. 5.

17 Mars. — Urines : 6.000 centimètres cubes. Albumine 3 gr.

18 Mars. — Urines : 8.000 centimètres cubes. Albumine 3 gr. 9, œdèmes disparaissent.

19 Mars. — Après 10 frictions; œdème disparu. Urines 5.800 centimètres cubes. Albumine 1 gr. 45.

24 Mars. — Plus d'albumine, œdèmes disparus.

6 Avril. — Stomatite; suspension du traitement.

27 Avril. — Malade guéri, a reçu 200 grammes d'onguent mercuriel sans dommage pour son rein.

CONCLUSIONS

1°. Au cours de la période primaire de la syphilis il existe des réactions humorales et des symptômes cliniques qui témoignent de la généralisation précoce de l'infection tréponémique.

2°. Les néphrosyphiloses primaires sont très rares ; dans la plupart des cas, elles s'établissent sur des reins en état de moindre résistance.

3°. Les œdèmes et la grosse albuminurie sont les symptômes cardinaux des néphrosyphiloses aiguës ou subaiguës. Cependant ni la clinique, ni les examens de laboratoire ne permettent d'aboutir à un diagnostic étiologique certain.

4°. Seule, l'épreuve thérapeutique est susceptible de déterminer la nature syphilitique de la néphropathie.

5°. Le mercure et l'arsenic peuvent être utilisés, mais avec une grande prudence.

6°. Le traitement paraît avoir plus de prise sur les néphrosyphiloses primaires que sur celles qui surviennent plus tardivement.

7°. Le traitement de la syphilis doit être institué très précocement et si possible avant la troisième semaine du chancre, avant que la réaction de Bordet-Wassermann ne marque.

On précèdera ainsi les réactions humorales dues à la septicémie syphilitique en augmentant les chances d'obtenir la stérilisation ou d'éviter une atteinte viscérale.

Vu : le Président,
M. JEANSELME

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Audry (Ch.). — Réflexion sur la syphilis. *Ann. de O. et S.*, 1900.

— *Ann. de D. et S.*, n° 5, 1912. 3 cas de néphrite syphilitique dans les 3 ou 4 semaines après le début du chancre.

Audry et Levan. — *Ann. de D. et S.*, 1914-1915 : méningites pré-roséoliques.

Arnold. — *Munchener Medizinische Wochensch.*, 1913, n° 9, p. 458.

Barthet Michaux. — *Bull. et Mém. de la Soc. Méd des Hôpit.*, Juillet 1909.

Bauer. — *Wien. Kl. Woch.*, 19 Octobre 1911. Diagnostic clinique et sérologique des affections syphilitiques du rein.

Bauer et Habetin. — *Wien. Klin. Woch.*, 1913, n° 27.

Brault. — *In Charcot et Bouchard*, 1902. T. V., p. 663.

Chauffard et Gouraud. — *Presse Médicale*, 1902.

Castaigne. — *Tr. des maladies du rein*, p. 552, 1906.

— Les maladies du rein (*Livre du médecin*, 1918).

Dieulafoy. — Néphrite syphilitique. *Clin. méd. Hôtel Dieu*, 1898.

Delamare. — La syphilis rénale. *Rev. Gén. Gazette des Hôpitaux*, 1900, n° 55.

Fiessinger (C.). — Les albuminuries syphilitiques. *Journ. des Prat.*, Paris 1907, p. 485-487.

Finger (Ern.). — *Traité de la syphilis et des maladies vénériennes*, 4e édit 1900.

Fournier. — *Traité de la syphilis.* T. II, p. 606, 1901.

Fouquet, *in* Gaucher. — *Syphilis du foie*, 1909.

Gastou (P.). — Albuminurie syphilitique et chancre de l'abdomen. *Bulletin de Soc. Fr. de D. et S.* Paris, 1893.

Gaucher. — *Précis de syphiligraphie*, 1909.

Gougerot. — *La syphilis en clientèle*, 1918.

Hoffmann. — *Deut. Médic. Woch.*, n° 8, 1913.

— *Berl. Klin. Wochens*, 1902, n° 6-8-9.

Haupt (Walther). — *Th. Berlin*, 1904. Ueber nephritis syphilitica acuta Fruhstadum der syphilis.

Josserand. — Néphrite syphilitique de la période secondaire. *Rev. Int, Méd. Chir.*, Novembre 1906.

Jaccoud. — *Leçons cliniques de la Charité.*

Jeanselme. — *Journ. méd. Paris*, Mai 1910. La néphrite de la période secondaire de la Σ.

Jambon et Tzanck. — Période d'incubation de la syphilis. *Paris Méd.*, Octobre 1918.

Keyes. — *Ann. Mal. Vén.*, n° 1.1919. Traitement de la syphilis primaire.

Le Theille. — La néphrite syphilitique secondaire. *Th. Paris*, 1898.

Louste. — Traitement des néphrites chez les syphilitiques. *Ann. des M. V.*, Août 1908.

— *In* Gaucher. Syphilis du rein, 1909.

— *Arch. génér. de Médecine*, Février 1894.

Mauriac (Ch.). — Des néphrosyphiloses précoces. *Leçons sur les maladies vénériennes*, 1888.

Malherbe. — Néphrite secondaire syphilitique. *Gaz. Méd. de Nantes*, Mars 1905.

Mazo. — *Actas dermo-sifiliograficas*, Juin-Juillet 1911, p. 445.

Milian. — Insomnie syphilitique. Paralysie faciale syphilitique. In Gaucher.

Neumann. — De l'albumine dans la syphilis. *Ann. de D. et S.*, 1893.

Négel (D.). — *Thèse Paris*, 1882. Albuminurie période syphilitique.

Nicolau. — Recherche sur le liquide céphalo-rachidien dans la période primaire de la syphilis. *Presse Médicale*, n° 48, 1919.

— De l'inégalité pupillaire précoce dans la syphilis. *Ann. de D. et de S.*, n° 78, 1919.

Pannetier (E.). — De l'albumine chez les syphilitiques ; étude clinique et diagnostic. *Thèse Paris*, 1893.

Paris. — *In Traité syphilis de Gaucher.*

Perkes-Weber. — Néphrite syphilitique secondaire. *Edimbourg Med. Journal*, Avril 1913, p. 348.

Prendergast. — Néphrite syphilitique précoce. *Th. Paris*, 1892.

Queyrat (L.). — *Bull. de Soc. Franc. de D. et S.*, 8 Mai 1919.

Roustan. — Contribution à l'étude de l'albuminurie syphilitique précoce. *Th. Paris*, 1900-1901.

Rutten. — Néphrite subaiguë au cours de la syphilis secondaire. *Th. Paris*, 1900.

Rénon. — La fragilité du rein dans la syphilis. *Presse Méd.*, Avril 1899.

Stengel et Austin. — *Medical Record*, 6 Juin 1914.

Saulneret (A.). — La cryoscopie des urines dans quelques cas de syphilis. Application à la méthode de Claude et Balthazard. *Thèse Lyon*, 1893.

Soual (J.). — Recherche sur l'urine des syphilitiques. *Thèse Toulouse*, 1899-1900.

— Sur la toxicité urinaire et sur la perméabilité rénale dans la syphilis. *Journ. des Mal. cut. et Syp.* Paris, 1901.

Cl. Simon et Gastinel. — Sérologie de la syphilis primaire. *Ann. D. et S.*, n° 3, 1919.

Tach (J.). — Deux observations de néphrite syphilitique précoce. *Thèse Bordeaux*, 1913.

Terrien. — Contribut. à l'étude de la syphilis rénale et en particulier du syphilo-brightisme. *Thèse Paris*, 1903.

Talamon-Lecorché. — Néphrite aiguë préroséolique. *J. de Médec. moderne*, Juin 1899.

Théodoresco (P.). — R. G. sur l'albuminurie syphilitique précoce. *Ann. Mal. Vén.*, Février 1913.

Vandenabeele. — Contribution à l'étude de la néphrite syphilitique à la période secondaire et en particulier de son traitement. *Thèse Lille*, 1909-1910.

Wickham (E.). — *B. S. M. P.*, 1886-1867.

Coulommiers. — Imp. DESSAINT et Cie. — 12-19